

Studierea mecanismelor de dezvoltare a stărilor critice, a cauzelor, mecanismelor decesului, care organe predominant sunt afectate și implicate în aceste mecanisme, elaborarea unui tratament corect, pe viitor vor contribui, cu siguranță, la scăderea mortalității.

Referințe bibliografice

1. Городецкий В.М., Горелов В.Г., Иосад В.М. и др. Интенсивная терапия критических состояний в гематологической клинике//Тер.арх.-1988.-№5.-С.118-124.
2. Иосад В.М., Феданов А.В., Городецкий В.М. Респираторная терапия острой дыхательной недостаточности при пневмонии на фоне миелотоксического агранулоцитоза// Там же.-1990.-№7.-С.37-41.
3. Воробьев А.И., Бриллиант М.П. Лечение острых лейкозов// Руководство по гематологии/ Под ред. А.И. Воробьева.-М., 1985.-Т.1.-С.222-236.
4. Шулуто Е.М., Феданов А.В., Тамарин И.В. и др. Интенсивная терапия полиорганной недостаточности при миелотоксическом агранулоцитозе у больных острым лейкозом// Тер.арх.-1992.-№7.-С.111-114.
5. Brunet F., Lanore J.J., Dhainaut J.F et al. Is intensive care justified for patients with haematological malignancies?// Intensiv.Care Med.-1990.-Vol.16.-P.291-297.
6. Crawford S.W., Schwartz D.A., Petersen F.R., Clarc J.G. Mechanical ventilation after marrow transplantation. Risk factors and clinical outcome // Amer.Rev.resp.Dis.-1988.-Vol.137.-P.682-687.
7. Crawford S.W., Petersen F.B. Long-term survival from respiratory failure after marrow transplantation for malignancy// Ibid.-1992. Vol.145.-P.510-514.
8. Estopa R., Marti A.T., Kastanos N. Acute respiratory failure in severe hematologic disorders // Crit.Care Med.-1984.-Vol.12P.26-28.
9. Johnson M.H., Gordon P.W., Fitzgerald F.T. Stratification of prognosis in granulocytopenic patients with hematologic malignancies using the APACHE-II severity of illness score// Ibid.-1986. Vol.14.-P.693-697.
10. Lloyd-Thomas A.R., Wright I., Lister T.A., Hinds C.J. Prognosis for patients receiving intensive care for life-threatening medical complications of haematological malignancy // Brit.med.J.-2006.-Vol.296.-P.1025-1029.
11. Schuster D.P., Marion J.M. Precedents for meaningful recovery during treatment in a medical intensive care unit// Amer.J. Med.-2004.-Vol.75.-P.402-408.
12. Vansteenkiste J.F., Boogaerts M.A. Adult respiratory distress syndrome in neutropenic leukemia patients // Blut.-2007.-Bd.58.-S.287-290.

Rezumat

Articolul se concentrează pe evaluarea și perfecționarea tratamentului chimioterapeutic în hemoblastoze sunt îndreptate în două direcții principale. O direcție presupune stabilirea unor programe de tratament specifice pentru fiecare tumoră în parte, având toxicitate minimă, cum ar fi: interferonul în cazurile triholeucemiilor, acidului retinoic, în cazurile leucemiilor acute promielocitare. A doua direcție presupune intensificarea la maximum a tratamentului cu citostatice, care este specifică și care oferă posibilitatea tratării nemijlocite a celulelor tumorale.

Summary

Supportive measures have become an integral part of all branches of hematology and oncology. Supportive therapy is a corner post of hemoblastosis management. This is particularly the case at time when high-dose entailing protracted cytopenia and immunosuppression have become the rule.

The design and organization of this small article also reflect the clear clinical orientation as especially important data are clearly summarized and provide and fundamental concepts of critical care in immunosuppressed patients and particularly leukemia, limfoma and aplastic anemia patients to allow appropriate therapeutic strategies

POSSIBILITĂȚILE CHIMIOTERAPIEI NEOADJUVANTE ȘI ADJUVANTE ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL CANCERULUI GLANDEI MAMARE STADIUL II-III

Ludmila Dudareva-Istru, dr. hab. în medicină, prof. cerc., **Angela Munteanu**, dr. în medicină,
Alexandr Zabunov, dr. în medicină, **Svetlana Sidorova**, cerc. șt.
IMSP Institutul Oncologic

Cancerul glandei mamare (CGM) ocupă locul II în structura morbidității oncologice în lume și reprezintă cauza principală a mortalității cu tumori maligne la femei. Anual se diagnostichează mai mult de 1.000.000 de cazuri noi cu CGM [3]. Se atestă o creștere rapidă a morbidității în majoritatea țărilor economic dezvoltate [5]. În anul 2007, în SUA, au fost diagnosticate peste 240.000 de cazuri de cancer la sân, iar aproximativ 40.500

de femei au decedat de această maladie [1]. În țările EU morbiditatea constituie 109,8 la 100.000 de femei [2]. Aproximativ la o jumătate din bolnave cu CGM maladia recidivează, indiferent de tratamentul primar administrat. În EU mortalitatea prin CGM constituie 38,4 la 100.000 de femei pe an [2].

În perioada 2005-2009, în Republica Moldova a crescut morbiditatea prin cancer mamar de la 41,8‰ până la 48,4‰, nivelul mortalității pe anul 2009 constituie 26,0‰ (raportată la populația feminină). În anul 2009 au fost diagnosticate cu cancer al glandei mamare 897 de paciente. Această maladie a ocupat locul II (după cancerul colorectal) în structura generală a morbidității oncologice. Rata bolnavelor depistate în st. II constituie 50,2%, în stadiile III și IV, 24,2% și 13,8%, respectiv (datele secției organizator-metodice a IMSP IO pe anul 2009).

După datele OMS, supraviețuirea de 5 ani în st. I este de 85%, în st. II – 65% și în st. III – 40%. În majoritatea cazurilor (70-85%), decesul este cauzat de complicațiile bolii metastatice [15].

Ascensiunea în creștere a morbidității și mortalitatea înaltă cu CGM ne dictează necesitatea tratamentului complex al acestei patologii, care include chimioterapia neoadjuvantă (preoperatorie) și adjuvantă, etapa chirurgicală (operații chirurgicale în volum diferit), radioterapia, hormonoterapia în caz de estrogen și progesteron receptori pozitiv [6, 12].

Scopul chimioterapiei neoadjuvante constă în micșorarea masei tumorii primare cu intervenție chirurgicală în continuare, acțiunea asupra micrometastazelor, aprecierea sensibilității față de citostatice, ceea ce este important în aplicarea tratamentului adjuvant, de asemenea mărirea supraviețuirii globale și fără recidivă [8, 13, 16].

Conform datelor cercetărilor de amploare faza II și III, aplicarea chimioterapiei neoadjuvante pe parcursul a 3-4 luni preoperator poate fi fără riscul de micșorare a controlului eficacității loco-regionale și supraviețuirii bolnavilor [11].

Totodată, deși chimioterapia neoadjuvantă se aplică de mult timp, ultima nu este o metodă de tratament standard. Până la urmă, nu este determinat rolul chimioterapiei neoadjuvante și adjuvante în tratamentul complex al CGM local avansat [4]. Rămâne în discuție problema influenței tratamentului neoadjuvant și adjuvant asupra rezultatelor la distanță [9, 10, 14, 17]. Problema privind schemele optimale de tratament neoadjuvant, care vor permite o supraviețuire majoră cu o calitate a vieții bună, la fel este discutabilă [7].

Cele expuse mai sus demonstrează necesitatea reviziunii strategice tratamentului CGM, optimizarea și standardizarea tratamentului acestei patologii.

Scopul acestei investigații este aprecierea rolului chimioterapiei neoadjuvante și adjuvante în tratamentul complex al cancerului mamar local avansat (st. II-III).

Material și metode. În investigația dată au fost incluse 584 de paciente cu cancer la glanda mamară (CGM) st. II-III, confirmat citologic, care s-au tratat la Institutul Oncologic din Moldova în anii 1995-2005.

Din numărul total de paciente – 172 au administrat tratament după program complex (PCHTN+TGT+MER+PCHTA) – lotul I, 203 paciente au primit program complex nedeplin – lotul II, iar 209 paciente au constituit lotul de control (III), deoarece tratamentul specific al acestora a început cu TGT preoperatorie și mastectomie. Grupele incluse în cercetarea noastră au fost identice, după toți parametrii clinici analizați. Acumularea materialului primar s-a efectuat prin randomizare. Caracteristica materialului clinic cu cancerul glandei mamare (lotul I și II) este reprezentată în tabelul 1. În toate cazurile, diagnosticul de CGM a fost inițial cu confirmare citologică.

Tabelul 1

Caracteristica materialului clinic cu cancer la glanda mamară (lotul I și II)

Parametrii clinici	N. de bolnave	
	Abs.	%
Vârsta (ani)		
≤ 40	59	15,74
41-50	172	45,87
51-60	88	23,46
≥ 61	56	14,93
Stadiul		
Ila ($T_1N_1M_0$, $T_2N_0M_0$)	26	6,94
Ilb ($T_2N_1M_0$, $T_3N_0M_0$, $T_{2-3}N_{0-1}M_0$)	143	38,14
IIla ($T_2N_2M_0$, $T_1N_2M_0$, $T_3N_{1-2}M_0$, $T_{1-2}N_{1-2}M_0$)	78	20,8
IIlb ($T_4N_{0-3}M_0$, $T_{0-4}N_3M_0$)	128	34,14
Dimensiunile tumorii primare		
≤ 3 cm	110	29,33
3-5 cm	100	26,67
≥ 5 cm	165	44,0

Localizarea tumorei		
• Cadranul superior – extern	268	71,47
• Cadranul inferior – extern	36	9,6
• Cadranul superior – intern	29	7,73
• Cadranul inferior – intern	5	1,33
• Cadranul central	37	9,87
Ganglionii limfatici		
- nod pozitiv	348	92,8
- nod negativ	27	7,2
Statutul ovarian-menstrual		
▪ păstrat	219	58,4
▪ menopauză ≤ 1 an	30	8,0
▪ menopauză > 1 an	126	33,6

Marea majoritate a pacientelor au avut proces canceros local – răspândit la glanda mamară – (st. IIb + IIIa + IIIb) – 348 (93,3%) cazuri, cu prezența, ganglionilor limfatici axilari măriți (nod pozitiv).

Fiecare pacientă cu CGM inclusă în cercetarea noastră începea tratamentul specific cu PCHT neoadjuvantă, care s-a petrecut după scheme standarde de PCHT: CMF și CAF. Numărul de cure a variat de la două până la patru, în dependență de stadiul inițial și eficacitatea curelor de PCHTN precedente, cu un repaus între cure de 21-28 de zile, în dependență de indicii hemodinamici.

La 2-3 săptămâni după PCHTN bolnavii inițiau TGT preoperatorie la focarul primar și căile limfatice adiacente în DST = 40-52 Gy. Din numărul total de paciente investigate (375) TGT preoperatorie au administrat 332 (88,5%) de bolnave. După finalizarea TGT preoperatorii, la 2-3 săptămâni se efectua mastectomie radicală tip Madden – în 268 (71,42%) de cazuri, cu investigarea rezultatului morfologic definit și determinarea gradului de patomorfoză, numărul de ganglioni limfatici regionali afectați de metastaze. Din diferite motive obiective, n-au administrat 107 (28,53%) paciente etapa chirurgicală de tratament.

La 2-3 săptămâni după mastectomie se iniția PCHT adjuvantă după schemele CMF – 2 (6 cure) și FAC – 2 (nu mai puțin de 4 cure cu repaus de 28 de zile). PCHTA au administrat în program deplin – 249 (66,4%) de paciente și parțial 126 (33,6%) de bolnave. Tratament adjuvant după schema CMF au primit 126 (50,6%) de paciente, după schema FAC – 123 (49,4%) de paciente.

Din 375 de paciente incluse în cercetarea dată, program complex (PCHTN + TGT + MER + PCHTA) au administrat în volum deplin 172 (45,87%) de paciente, iar în plan nedeplin (din diferite motive obiective lipsea una din etapele de tratament) – 203 (54,13%) paciente.

Rezultatele tratamentului au fost apreciate conform datelor clinice, rentghenologice (mamografic) și histologice. Aprecierea eficacității tratamentului și efectele toxice s-a efectuat conform recomandărilor OMS.

Prelucrarea statistică a materialului s-a efectuat la computerul „Pentium” – IV, folosind diferite metode de apreciere a veridicității: în aprecierea rezultatelor la distanță am folosit testul Caplan-Meier, de formare a curbilor de supraviețuire, și criteriile Cox – Mantel (Log-Rank) și Wilcoxon (Breslow), pentru compararea acestora.

Supraviețuirea s-a calculat din momentul începerii tratamentului specific și până la data decesului, sau la paciențele în viață – până la 01.11.2005.

Rezultatele tratamentului cancerului glandei mamare și discuții:

Au fost analizate rezultatele de tratament al CGM st. II-III la 584 de paciente, care s-au tratat în Institutul Oncologic din RM între anii 1995 și 2005.

Din numărul total de paciente, program complex au administrat 172 de paciente – lotul I, program complex nedeplin – 203 paciente – lotul II. Lotul de control (III) l-au compus 209 paciente, la care tratamentul specific al focarului primar s-a început cu TGT preoperatorie și mastectomie.

Paciențele din I și al II-lea lot (375 la număr) începeau programul complex de tratament cu PCHTN; după schema CAF – 143 (38,13%) de bolnave și conform schemei CMF – 232 (61,87%) de paciente. S-au petrecut de la două până la patru cure de PCHTN, în dependență de stadiul și rezultatele curelor precedente.

Eficacitatea globală (RC+RP>50%) a PCHTN a constituit 187 (49,9%) de cazuri, iar stabilizarea procesului s-a înregistrat în 186 (49,6%) de cazuri. La administrarea schemei CMF efect obiectiv a fost la 104 (44,9%) paciente și stabilizare – la 126 (54,2%) de paciente, după schema CAF – 83 (58%) și 60 (42%), respectiv.

Cele expuse mai sus nu relevă diferență statistic veridică între schemele de PCHTN (cu antraciline și fără) după eficacitatea nemijlocită ($P>0,05$), însă durata medie a remisiunii a fost mai mare la schema CMF – $48,5\pm 1,8$ luni față de cea la schema CAF – $30,0\pm 1,5$ luni ($P<0,001$).

Deoarece schemele de PCHT aplicate au fost standarde, toxicitatea acestora a fost moderată și reacțiile adverse se cupau satisfăcător cu terapia de corecție.

După finalizarea PCHTN, peste 2-3 săptămâni pacientele administrau TGT preoperator. Din numărul de 375 de paciente din lotul I și II, 43 (11,5%) de paciente n-au administrat TGT preoperatorie (din diferite motive). Astfel, eficacitatea terapiei preoperatorii (PCHTN + TGT) a fost evaluată la 332 (88,5%) de paciente (tabelul 2).

Tabelul 2

Eficacitatea nemijlocită a tratamentului preoperator (PCHTN + TGT) în cancerul glandei mamare

Eficacitatea	Numărul de bolnave	
	Abs.	%
RC	4	1,21
RP> 50%	219	66,16
RC + RP > 50%	223	67,37
Stabilizare	107	32,33
Avansare	2	0,3
Total	332	100

Astfel, eficacitatea obiectivă (RC + RP > 50%) în tratamentul preoperator (PCHTN + TGT) a constituit 223 (67,37%) cazuri, stabilizare s-a înregistrat la 107 (32,33%) paciente, iar în 2 (0,3%) cazuri a fost avansare în continuare a procesului pe fond de tratament.

La 2-3 săptămâni după finalizarea TGT preoperatorii se îndeplinea mastectomie radicală. Din 375 de paciente, etapa chirurgicală de tratament au administrat 268 (71,47%).

La marea majoritate de paciente operate a fost înregistrat gr. II de patomorfoză – 112 (41,7%) cazuri, dintre care 68 (39,5%) au administrat schema CMF și 44 (45,8%) – schema CAF de PCHTN.

Gradul III și IV de patomorfoză s-a determinat la 90 (33,6%) de paciente, dintre care 60 (34,9%) au administrat schema CMF și 30 (31,3%) – schema CAF.

Evaluarea gradului de patomorfoză în dependență de schemele de PCHTN (CMF sau CAF) nu a determinat corelație statistic veridică în favoarea vreuneia dintre ele ($P>0,05$), astfel se echivalează schemele cu includerea antraciclinelor și fără acestea.

După mastectomie, toate pacientele au administrat PCHTA după schema CMF – 2 sau FAC – 2. În I lot PCHTA a fost petrecută în program deplin (CMF – 6 cure și la FAC – 4 cure cu repaus de 28 de zile) și durata medie de viață la aceste paciente a constituit $48,9 \pm 1,6$ luni. În lotul II – 126 de paciente au administrat PCHTA în program nedeplin (3-5 cure) și durata medie de viață a acestora a fost evident mai joasă – $35,8 \pm 1,8$ luni ($P<0,01$). Cele expuse mai sus sunt în favoarea efectuării PCHTA în program deplin.

Rezultatele la distanță în tratamentul cancerului glandei mamare st. II-III au fost evaluate la toate 584 de paciente. Analizând durata medie de viață pe loturi și supraviețuirea de 1, 3, 5 ani, am determinat că la lotul I (172 de paciente (29,45%) durata medie de viață a fost de $50,0 \pm 2,8$ luni, la lotul II, 203 (34,76%) – $39,8 \pm 1,6$ luni și la lotul III, 209 (30,79%) – numai $28,6 \pm 1,9$ luni. Comparând durata medie de viață între loturi, am evidențiat o corelație statistică veridică în favoarea pacientelor tratate cu programul complex de tratament (PCHTN+TGT+MER+PCHTA) – $P<0,001$. Cele expuse mai sus sunt reprezentate în tabelul 3.

Tabelul 3

Rezultatele la distanță ale tratamentului cancerului glandei mamare în dependență de program complex sau necomplex.

Program de tratament (loturi)	N total		Durata supraviețuirii (luni)
	abs.	%	M \pm m
I complex	172	29,45	$50 \pm 2,0$
II necomplex	203	34,76	$39,8 \pm 1,6$
III control	209	35,79	$28,6 \pm 1,9$
Total	584	100,0	$44,5 \pm 1,3$
P			$P<0,001$

Fiindcă PCHTN au administrat 375 de paciente, supraviețuirea acestora a fost analizată în dependență de schema de PCHTN (tabelul 4).

Rezultatele la distanță a PCHTN conform schemelor

Schema de PCHTN	N total		Supraviețuirea	P
	abs.	%	M ±m	
CAF	143	38,1	33,3±1,5	<0,001
CMF	232	61,9	51,9±1,7	
Total	375	100,0	44,8±1,3	

Astfel, durata medie de viață a pacienților ce au administrat schema CAF a fost de 33,31±1,5 luni, cu supraviețuirea peste 1, 3 și 5 ani, de: 97,8%; 84,6% și 80,4%, iar la pacientele tratate după schema CMF – durata medie de viață – 51,9±1,7 luni, cu supraviețuirea peste 1, 3 și 5 ani, de: 98,3%; 80,9% și 76,3%.

Analiza comparativă a duratei medii de viață pe scheme a determinat corelația statistic veridică ($P<0,001$) în favoarea schemei CMF, pe când supraviețuirea peste 1,3 și 5 ani a fost practic identică ($P>0,05$). Comparând supraviețuirea pacienților peste 1, 3 și 5 ani ce au administrat PCHTN (lotul I și II) și celor ce n-au administrat (lotul III), am constatat că supraviețuirea peste 1, 3 și 5 ani, la aplicarea PCHTN, a constituit: 98,1%; 82,8% și 78,4%, iar fără PCHTN a fost: 92,8%; 49,9% și 33,5%, respectiv. Cele expuse mai sus sunt în favoarea tratamentului complex, cu includerea PCHTN – corelație statistic veridică ($P<0,01$) (figura 1). Supraviețuirea pacienților în dependență de programul de tratament aplicat este reprezentată în figura 2. După cum se vede din figură, curba de supraviețuire a pacienților tratate după program complex este cea mai mare, apoi urmează curba de supraviețuire a pacienților cu program complex nedeplin și cea mai joasă este curba de supraviețuire a pacienților ce au administrat inițial TGT preoperatorie și mastectomie. Comparând curbele de supraviețuire după criteriile Cox-Mantel (Log-Rank) și Wilcoxon (Breslow), s-a constatat o corelație statistic veridică între acestea ($P<0,001$).

Supraviețuirea peste 1, 3 și 5 ani, în dependență de programul de tratament a fost următoarea: la program complex (lotul I) – 98,8%; 91,6% și 90,0%; la program complex nedeplin (lotul II) – 96,5%; 73,8% și 66,1%, iar la lotul de control – respectiv: 92,8%; 49,9% și 33,5%.

Analiza comparativă a supraviețuirii peste 1, 3 și 5 ani la diferite programe de tratament a determinat, că cele mai bune rezultate au fost obținute la programul complex față de cel nedeplin sau lotul de control (fără PCHTN) - $P<0,01$.

Cele expuse mai sus ne demonstrează necesitatea tratamentului cancerului glandei mamare st. II-III în program complex.

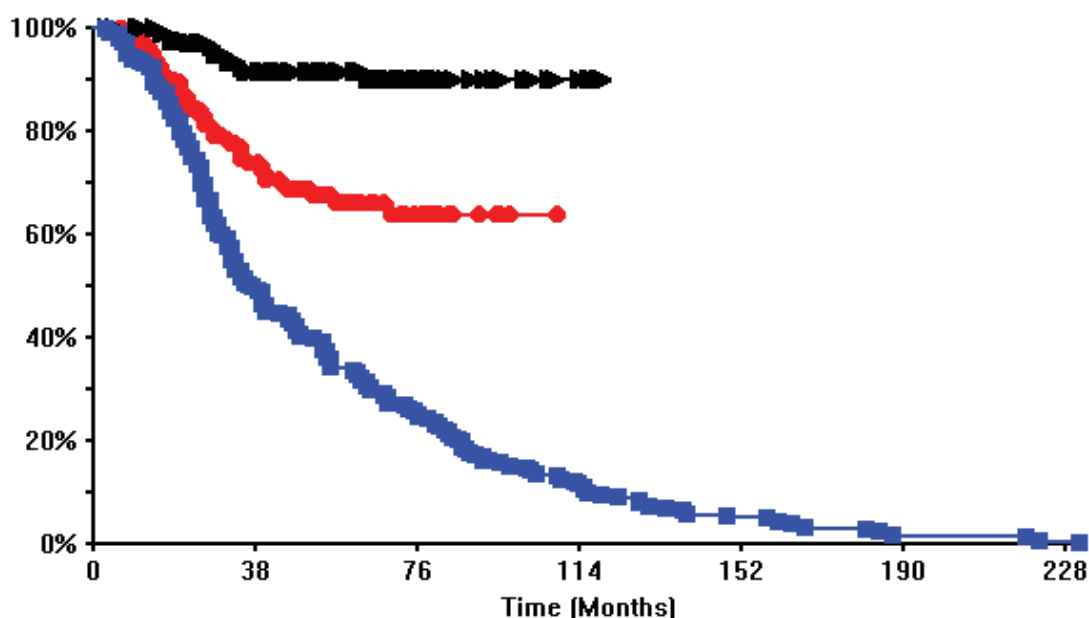


Figura 1. Supraviețuirea pacienților cu CGM în dependență de metoda de tratament

- 1 Schema CAF, 143 de bolnave
- 2 Schema CMF, 232 de bolnave
- 3 Fară PCHTN, 209 bolnave

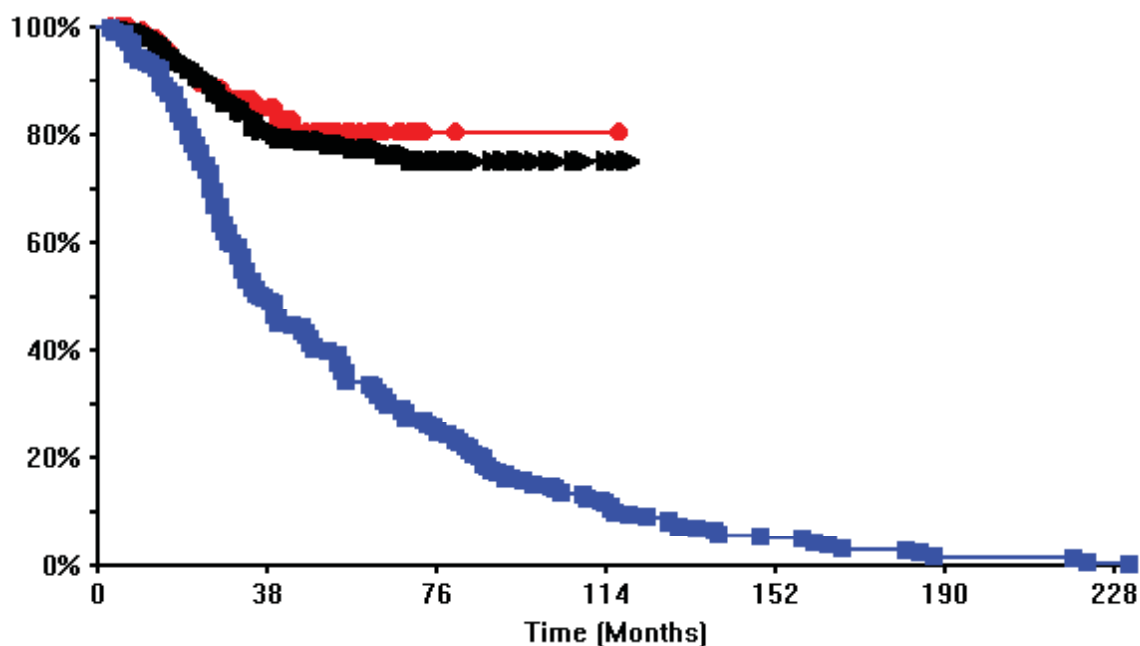


Figura 2. Supraviețuirea pacienților cu CGM în dependență de programul de tratament

- 1 Program complex, 172 de bolnave
- 2 Program nedeplin, 203 bolnave
- 3 Lotul de control, 209 bolnave

Concluzii:

1. Evoluția agresivă a cancerului glandei mamare ne impune necesitatea tratamentului complex, cu includerea polichimioterapiei la diferite etape de tratament, a radioterapiei și metodei chirurgicale.
2. Polichimioterapia neoadjuvantă permite de a obține eficacitate obiectivă în 49,9% cazuri cu randamentul eficacității schemei CMF – 44,9% și a schemei CAF – în 58% cazuri, iar la continuarea tratamentului cu TGT preoperatorie – eficacitatea obiectivă globală a crescut până la 67,4% cazuri, cu înregistrarea patomorfozei de gradul III+IV în 33,6% cazuri.
3. Polichimioterapia adjuvantă în program deplin permite veridic de a îmbunătăți supraviețuirea acestor pacienți, comparativ cu supraviețuirea celor cu program nedeplin de PCHTA – 48,9 luni și 35,8 luni, respectiv ($P < 0,001$) și reprezintă componentul obligatoriu necesar în tratamentul CGM.
4. Analiza rezultatelor la distanță după 1, 3 și 5 ani a relevat o supraviețuire majoră a pacienților tratați după programul complex – 98,9%; 91,6% și 90% față de cele cu tratamentul complex nedeplin – 96,5%; 73,8% și 66,1% și mai ales față de supraviețuirea pacienților din lotul de control, la care tratamentul s-a inițiat cu TGT preoperatorie și mastectomie: 92,8%; 49,9% și 33,5%, respectiv ($P < 0,01$).

Referințe bibliografice

1. Desantis C., Siegel R., Jemal A. American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures 2007-2008. Atlanta: American Cancer Society, Ins. 34p.
2. European Society for Medical Oncology. Recurrent or metastatic breast cancer. ESMO clinical recommendations for diagnosis treatment and follow-up. Ann. Oncol. 2007; 18 (suppl. 2), p. 9-11.
3. Jemal A., Siegel R. et al. Cancer statistic. 2007. CA. Cancer J. Clin., 2007, v.57, N1, p. 43-46.
4. Fisher ER., Wang, Bryant J. et. al. Pathobiology of preoperative chemotherapy findings from the National Surgical adjuvant Breast and Bowel (NSABP) protocol B-18. Cancer, 2002, 95(4), p.681-695.
5. Hartmann L.C., Sellers T.A. et. al. Benign breast disease and risk of Breast Cancer. N. Engl. J. Med. Jul 2005; v.353, N3, p.229-239.
6. Hartoagyi G.H., Sinngletery S.E., McNeese H.D. Treatment of locally advanced breast cancer. Disease of the breast. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; p. 589-590.
7. Kaufmann M., von Minckwitz G., Rody A. Preoperative (neoadjuvant) systemic treatment of breast cancer. Breast, 2005; 14, p.576-581.
8. Борисов В.И., Сарибекян Э.Э. Неоадьювантная химиотерапия рака молочной железы. В кн. Новое в терапии рака молочной железы. Под ред. Н.И. Переводчиковой. 1998; с.43-47.

9. Возный Э.К., Добровольская Н.Ю., Гуров С.Н. Некоторые аспекты неоадьювантной химиотерапии местнораспространённого рака молочной железы. Юбилейный сборник. Этюды химиотерапии. М., 2000, с.90-98.
10. Виноградов В.М., Исаева И.Е., Ялыныч Н.Н. Неоадьювантная интенсивная химиолучевая терапия больных раком молочной железы. Матер. III съезда онкологов и радиологов СНГ, ч. II, Минск, 25-28 мая 2004 г. с.46.
11. Давыдов М.И., Летагин В.П. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы. М., 2003; 148с.
12. Летагин В.П., Высоцкая И.В. Первичный рак молочной железы (диагностика, лечение, прогноз). М., 1996; 106с.
13. Личиницер М.М., Загрекова Е.И., Вышинская Т.В. и др. Неоадьювантная химиотерапия в комплексном лечении местнораспространённого рака молочной железы. Матер. конф. «Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей». М., 9-10 декабря, 1997; с.64-65.
14. Манзюк Л.В., Комов Д.В., Хайленко В.А. Комбинированное лечение местнораспространённого рака молочной железы. Вопросы онкологии, 2001; том 47, №6, с.740-743.
15. Семиглазов В.Ф., Нургазиев К.Ш., Арзуманов А.С. Опухоли молочной железы (лечение и профилактика). Алматы, 2001; 345с.
16. Тюляндин С.А. Значение предоперационной химиотерапии у больных раком молочной железы. Матер. IV ежегодной Российской онкологической конференции. М., 21-23 декабря 2000; с. 43-45.
17. Тюляндин С.А. Системная терапия операбельного рака молочной железы. Практическая онкология, 2002; том 3, №1; с.29-37.

Rezumat

Studiul a fost consacrat unei probleme actuale a oncologiei – ameliorarea rezultatelor la distanță ale tratamentului radical în cancerul glandei mamare, stadiile II-III și se bazează pe 584 de cazuri clinice. S-a constatat supraviețuirea maximă la pacientele, care au administrat tratament complex, cu includerea: polichimioterapiei neoadjuvante, radioterapiei preoperatorii, mastectomiei radicale și polichimioterapiei adjuvante.

Rezultatele obținute confirmă necesitatea tratamentului complex al cancerului glandei mamare, stadiile II-III, cu includerea metodelor terapeutice sus-numite.

Summary

This research is dedicated to the study of an actual oncology problem, concerning the improvement of distance results during the radical treatment of breast cancer, II and III degree, and it is based on 584 clinical cases. It was established the best survival chances were among the patients with: pre-surgical polychemotherapy; pre-surgical telegammatherapy; radical mastectomy and postoperative polychemotherapy.

The results confirm the necessity of a treatment of breast cancer, II and III degree, using the above-mentioned therapeutic methods.

REZULTATELE NEMIJLOCITE ȘI LA DISTANȚĂ ALE TRATAMENTULUI LIMFOAMELOR NEHODGKINIENE

Larisa Musteața, dr. în medicină., conf.univ., **Ion Corcimaru**, dr.hab. în medicină, prof.univ., membru cor. al AȘM, **Maria Robu**, dr. în medicină, conf.univ., **Iraida Iacovleva**, dr. hab în medicină, prof.univ., **Vasile Musteață**, dr. în medicină, conf.univ., **Elena Oleinicova**, dr. în medicină, conf.univ., **Sanda Buruiană**

USMF „Nicolae Testemițanu” Catedra Hematologie și Oncologie, IMSP Institutul Oncologic

Actualitatea temei. Limfoamele nehodgkiniene (LNH) reprezintă un grup de tumori limfoproliferative, cu sensibilitate înaltă la chimioterapie și radioterapie. Aplicarea în practica clinică a unor serii noi de chimioterapie, folosirea polichimioterapiei, utilizarea programului combinat chimioradioterapeutic în stadiile locale ale LNH a ameliorat considerabil rezultatele nemijlocite și la distanță. Însă atât în stadiile locale, cât și în cele generalizate, aceste metode nu evită dezvoltarea recidivelor [10, 11, 12]. De aceea studierea și perfecționarea metodelor de tratament al LNH prezintă o problemă actuală.

Scopul acestei cercetări constă în studierea rezultatelor nemijlocite și la distanță ale tratamentului bolnavilor de LNH, în funcție de tipul morfopatologic, stadiul clinic al tumorii și metoda de tratament.

Materiale și metode. Rezultatele nemijlocite și la distanță ale tratamentului bolnavilor de LNH au fost studiate pe un lot de 538 de pacienți (bărbați – 281, femei – 257), care s-au aflat sub supravegherea în Clinica Hematologie a IMSP Institutul Oncologic din Moldova, în perioada anilor 1985-2005. Vârsta bolnavilor a variat de la 15 până la 74 de ani (media de vârstă – 52,5 ani)